



Servizio Associato di Polizia Locale

Comuni di

Trasacco – Collelongo - Villavallelonga

Prot. _____

n. reg. gen. _____

All' Ufficio COMMERCIO
Comune di Villavallelonga

ESERCIZI DI COMMERCIO AL DETTAGLIO DI VICINATO

Legge Regionale Abruzzo n. 11 del 16 luglio 2008

D.Lgs. 26-3-2010 n. 59 - Attuazione della Direttiva 2006/123/CE relativa ai servizi nel mercato interno.

Art. 19 L. 241/1990

S. C. I. A. (Segnalazione Certificata di Inizio Attività) **relativa a:**

CESSAZIONE ATTIVITÀ

la presente comunicazione deve essere inoltrata agli uffici comunali entro 30 giorni dalla data di effettiva cessazione dell'attività.

Il sottoscritto

Cognome _____ **Nome** _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso M F

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

In via/p.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____

In qualità di:

Titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. _____

Con sede nel Comune di _____ Provincia _____

In via/p.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. _____

N° d'iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

Legale rappresentante della società

Codice Fiscale _____

Partita I.V.A. _____

Denominazione o ragione sociale _____

Con sede nel Comune di _____ Provincia _____

In via/p.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. _____

N° d'iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

Copia del presente modello, con l'apposizione del protocollo e data di ricezione da parte del Comune, va presentata al Registro Imprese della C.C.I.A.A. della Provincia dell'Aquila, entro 30 giorni dall'inizio dell'attività.

CESSAZIONE DI ATTIVITÀ

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune: **VILVAVALLELONGA**

C.A.P. **67050**

Via, Viale, Piazza, ecc. _____ N. |__|__|__|

CESSA DAL ____/____/____ **PER:**

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa |__|
- chiusura definitiva dell'esercizio |__|

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA DELL'ESERCIZIO CESSATO

Alimentare |__| mq. |__|__|__|__|

Non alimentare |__| mq. |__|__|__|__|

Tabelle speciali

Generi di monopolio |__| Farmacie |__| Carburanti |__| mq. |__|__|__|__|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |__|__|__|__|
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |__| NO |__|

se SI indicare la denominazione del centro commerciale: _____

Provvedimento n. _____ in data _____ rilasciato da _____

NEL LOCALE E' ESERCITATA ALTRA ATTIVITÀ SI |__| NO |__|

se SI indicare quale: _____

Data _____

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

N.B.

Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R n° 445 del 28.12.2000.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Tale dichiarazione è valida soltanto se presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore oppure se sottoscritta dall'interessato (munito di documento di riconoscimento) in presenza del dipendente addetto alla ricezione della pratica.

ULTERIORI DOCUMENTI ALLEGATI:

- N. _____ Copia/e della carta d'identità o di un documento di riconoscimento in corso di validità;
(obbligatorio se la domanda non viene sottoscritta in presenza del funzionario addetto alla ricezione)
- Atto di cessione dell'azienda;
- Originale dell'autorizzazione o comunicazione di apertura;
- _____
- _____
- _____
- _____